

**FERNANDA LAZZARI FREITAS**

**O GRUPO DE SAÚDE NO COTIDIANO DE PACIENTES  
PORTADORES DE DIABETES MELLITUS – ESTUDO  
DE CASO NA UNIDADE DE SAÚDE COSTEIRA DO  
PIRAJUBAÉ.**

**Trabalho apresentado à Universidade  
Federal de Santa Catarina, para a  
conclusão do Curso de Graduação em  
Medicina.**

**Florianópolis  
Universidade Federal de Santa Catarina  
2003**

**FERNANDA LAZZARI FREITAS**

**O GRUPO DE SAÚDE NO COTIDIANO DE PACIENTES  
PORTADORES DE DIABETES MELLITUS – ESTUDO  
DE CASO NA UNIDADE DE SAÚDE COSTEIRA DO  
PIRAJUBAÉ.**

**Trabalho apresentado à Universidade  
Federal de Santa Catarina, para a  
conclusão do Curso de Graduação em  
Medicina.**

**Presidente do Colegiado do Curso: Prof. Dr. Edson Cardoso  
Orientador: Profa. Dra. Suely Grosseman  
Co-orientador: Prof. Dr. Marco Aurélio Da Ros**

**Florianópolis  
Universidade Federal de Santa Catarina  
2003**

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais, Midário Gonçalves Freitas e Maria Helena Lazzari Freitas, pelo apoio constante ao longo das alegrias e dificuldades dessa caminhada.

Ao meu namorado, Arthur Tavares Corrêa Dias, que mesmo a quilômetros de distância foi companheiro, paciente e fonte inspiração.

Aos meus irmãos, Thiago Lazzari Freitas e Louise Lazzari Freitas, por proporcionarem momentos de alegria e descontração.

À minha orientadora, Suely Grosseman, pela disponibilidade com que aceitou esse desafio, sendo sua motivação um estímulo constante ao meu potencial criativo.

Ao meu co-orientador, Marco Da Ros, por sua energia e disposição, que foram sempre contagiantes.

À Paola Bridi, companheira de todas as horas, pela amizade, carinho e otimismo ao longo desses seis anos.

Aos amigos do GESC, pela possibilidade de compartilhar com vocês a experiência do trabalho em grupo e construção coletiva, estímulo fundamental nesta difícil jornada do Curso de Medicina.

À Lizete, coordenadora do Grupo da Saúde, por abrir as portas do grupo possibilitando a concretização deste trabalho.

A todos participantes do Grupo da Saúde, pelo carinho com que me acolheram, trocas e aprendizado que me proporcionaram.

O meu olhar é nítido como um girassol.  
Tenho o costume de andar pelas estradas  
Olhando para a direita e para a esquerda,  
E de vez em quando olhando para trás...  
E o que vejo a cada momento  
É aquilo que nunca antes eu tinha visto,  
E eu sei dar por isso muito bem...  
Sei ter o pasmo essencial  
Que tem uma criança se, ao nascer,  
Reparasse que nascera deveras...  
Sinto-me nascido a cada momento  
Para a eterna novidade do mundo... <sup>1</sup>

# SUMÁRIO

Agradecimentos.....	ii
Sumário.....	iv
Resumo.....	v
Summary.....	vi
1. Introdução.....	01
2. Objetivos.....	05
3. Pressupostos do Estudo.....	06
4. Percurso Metodológico.....	07
4.1.O estudo piloto.....	09
4.2.O trabalho de campo.....	10
4.3.A análise dos dados.....	11
5. Ser diabético e pertencer ao Grupo da Saúde: percepção dos entrevistados.....	14
5.1.Conhecendo e convivendo com a condição de ser diabético.....	15
5.2.Conhecendo e convivendo com o Grupo da Saúde.....	18
6. Refletindo sobre o conceito Saúde-Doença e o grupo como possibilidade de promoção à Saúde.....	24
7. Considerações Finais.....	34
8. Referências Bibliográficas.....	36
Normas adotadas.....	39
Anexos	

## **RESUMO**

Os portadores de Diabetes Mellitus, doença crônica, geralmente vivenciam mudanças em seus hábitos de vida. A abordagem destes indivíduos tem sido, geralmente, focada na doença, levando pouco em consideração suas crenças e valores. A estratégia de promover a saúde, por meio dos grupos, de forma multidimensional, considerando as crenças e vivências dos indivíduos, propicia o resgate destes como sujeitos ativos do seu processo de vida. Por serem escassos os estudos sobre Grupos de Promoção à Saúde(GPS), com finalidade construir conhecimento neste tema, o objetivo deste trabalho foi conhecer o papel do grupo no cotidiano de pacientes portadores de Diabetes Mellitus que participam do Grupo da Saúde da Unidade de Saúde Costeira do Pirajubaé. Para isto, a pesquisa foi qualitativa utilizando a técnica de entrevista semi-estruturada. Observamos, neste estudo, que a experiência e os significados da doença para cada indivíduo foram singular e construído com base nos fatores sociais, culturais e psicológicos que o cercam. Pode-se perceber também que a convivência com o grupo para os entrevistados teve como principais significados: aprendizado, troca de experiências, socialização, formação de vínculos, Atenção Integral à Saúde e estímulo à cidadania. Estes significados mostram que promover saúde é mais que tratar doenças. O GPS mostra-se como instrumento potencial para a atenção integral à saúde, permitindo que os indivíduos tragam suas crenças, valores, contribuindo para formação de cidadãos capazes de gerirem sua saúde.

## **SUMMARY**

People with Diabetes Mellitus (DM), a chronic disease, generally experience changes in their habits. The approach of these people has been frequently focused in the disease, ignoring their beliefs or values. The strategy of promoting health in groups, in a multidimensional approach, considering individual beliefs and values, enhances their perception as individuals in charge of their life process. Due to the scarcity of studies about Health Promoting Groups (HPG), and with the purpose of building knowledge on this subject, this study was designed to find the role of a HPG on the way of life of DM patients in Costeira of Pirajubaé Health Center. In order to achieve this, the research was qualitative, making use of semi-structured interview techniques. This study observed that the experience and means of illness were singular for each person and built based on social, cultural and psychological factors. The experience within the group, for the interviewed persons, have the following means: apprenticeship, exchange of experience, socialization, bonding, comprehensive health care and citizenship stimulus. These means show that health promotion requires more than treating diseases. The HPG appears to be a potential instrument for comprehensive health care, allowing subjects to bring their beliefs and values into their daily treatment. And in doing so, helping those citizens to be able to manage their own health care.

# 1-INTRODUÇÃO

*Saúde é a capacidade, a atitude de lidar, autonomamente, com as injunções da vida e sua complexidade. Não é a ausência de danos, mas a força de viver com eles e integrá-los e de crescer com eles.*

*(Leonardo Boff, 1998)<sup>2</sup>*

Durante a graduação do curso de Medicina, inúmeras vezes tive contato com portadores de doenças crônicas. A abordagem destes, na maioria das vezes, era prescritiva e o espaço para a troca e o diálogo era pequeno, às vezes inexistente. Comecei a questionar: Como poderei auxiliar este indivíduo se desconheço suas limitações e possibilidades? Aí surgia o primeiro problema que motivou a pesquisa.

A rigor, um problema intelectual surge a partir de sua experiência na vida real e não espontaneamente. O questionamento permite ultrapassar a simples descoberta para, através da criatividade, produzir conhecimentos.<sup>3</sup>

Na 10ª fase do curso de Medicina cursamos o Internato Obrigatório em Saúde Pública (SPB).

São quatro meses em uma das sete Unidades de Saúde do município de Florianópolis que participam do Programa Docente Assistencial. Realizei o internato em SPB na Unidade de Saúde Costeira do Pirajubaé. As atividades consistiam em atendimento ambulatorial, visitas domiciliares e participação em atividades de grupo (Grupo de gestantes, Grupo de desnutridos e o Grupo da Saúde).

O Grupo de Diabéticos do Centro de Saúde Costeira do Pirajubaé já existia desde 1998. Sua organização se iniciou em dezembro de 1998, por iniciativa dos acadêmicos de medicina que passam pelo posto no internato da 10ª fase (Programa Distrito Docente Assistencial).



Inicialmente, eram dois grupos: Grupos dos Diabéticos e Grupos dos Hipertensos. No ano de 2002, os grupos resolveram se unir passando este novo grupo a ser denominado Grupo da Saúde (nome este escolhido pelo próprio grupo).

Atualmente, os encontros são mensais e, geralmente, contam com média de 12 participantes, além da auxiliar de enfermagem que coordena o grupo e acadêmicos de medicina da 10ª fase que participam das reuniões enquanto freqüentam o posto.

As reuniões envolvem dinâmicas para integração do grupo e discussão sobre diversos temas: alimentação, diabetes e suas complicações, fitoterapia, exercício físico, reciclagem de lixo dentre outras. O grupo também realiza atividades práticas como: passeios (Horto do HU, Barra da Lagoa e Lagoa do Peri), lanches com receitas para diabéticos, bingos, caminhadas, dança de salão, participação em encontros para diabéticos e intercâmbio com grupos de outros postos. No encerramento do ano há uma confraternização.

A primeira reunião do ano consiste no planejamento conjunto das atividades que o grupo deseja fazer (escolha dos temas a serem discutidos ao longo do ano e programação dos passeios), com base nas escolhas do grupo é montado o cronograma que dentro do possível é seguido.

Participei de uma das reuniões do grupo e percebi seu potencial como forma complementar de acompanhamento dos portadores de doenças crônicas. Decidi então que o Grupo de Diabéticos da Unidade de Saúde Costeira do Pirajubaé-“Grupo da Saúde” seria o meu objeto de pesquisa.

O Diabetes Mellitus (DM) tipo 2 é uma doença de etiologia múltipla, caracterizada por hiperglicemia e outras alterações metabólicas que, se não controladas adequadamente, podem levar a complicações crônicas. É, portanto, uma patologia crônica, potencialmente invalidante que, freqüentemente, determina mudanças na vida de seus portadores, podendo comprometer a sua qualidade de vida.<sup>4</sup>

No Brasil, o DM constitui, atualmente, um sério problema de saúde, atingindo aproximadamente 7,5% da população brasileira-cerca de 5 milhões de pessoas.<sup>5</sup>

A prática médica vigente, fundamentada no modelo biomédico hospitalocêntrico e focado na doença, tem colocado uma barreira entre o profissional de saúde e a pessoa

adoecida. Nesta lógica a atenção, é voltada para o agravo de saúde e quem detém o saber é o profissional de saúde.

A forma com que a assistência ao paciente com doenças crônicas vem sendo prestada, ao longo desses anos, tem se mostrado ineficaz com baixa adesão ao tratamento medicamentoso, aumento significativo de morbidade e mortalidade e dificuldade na mudança de hábitos.<sup>4</sup> Foi nesse contexto que começaram a emergir, principalmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde, outras formas de abordar o paciente como a estratégia dos Grupos de Promoção à Saúde(GPS).

As atividades grupoterápicas não são recentes.A primeira experiência grupoterápica registrada na literatura foi, em 1905, em uma enfermaria com mais de 50 pacientes com tuberculose, através de aula ministrada por Pratt, sobre higiene e os problemas da tuberculose.<sup>6</sup>

Apesar da grupoterapia não ser uma prática recente, só a partir do final do séc. XX, é que os GPS começaram a ganhar espaço na Atenção Primária à Saúde, como contraponto ao atendimento individual e também à fragmentação do saber na atenção à saúde, seja individual ou grupal.<sup>7</sup>

O grupo como um recurso de promoção à saúde, se constitui como um instrumento com potencial capaz de contribuir com a construção de novas práticas na assistência integral à saúde dos cidadãos através da criação de espaço onde a dinâmica de adoecimento e cura não é construída de forma alienada, puramente biológica e passiva, mas sim se apropriando da diversidade de experiências, superando mecanismos de dominação na relação profissional de saúde-paciente.<sup>7</sup>

Desta forma, para Santos (2002)<sup>7</sup>, através do trabalho grupal poderão ser superadas certas práticas presentes na assistência à saúde tradicional:

*...A compreensão individualista da complexidade humana de atendimento à saúde-doença, dissociada das relações sociais concretas dos indivíduos; a visão biologicista, enquanto aprisionamento do saber e instrumento de alienação da existência humana; a superdivisão flexineriana em especialidades, limitando o horizonte de compreensão dos profissionais e os resguardando em corporações divididas em castas, por fragmentações do corpo; a separação cartesiana corpo e*

*mente, no modelo assistencial de Saúde; o atendimento individual prioritário às diferentes demandas; o resgate da solidariedade como instrumento de promoção à saúde; o fortalecimento de parcerias de saúde capazes de contribuir com o desenvolvimento das políticas de estado, relacionados às condições de conquista da cidadania dos usuários do SUS; a divisão da assistência à saúde em níveis de atenção segmentados: prevenção, promoção, tratamento e recuperação.*

É nesse contexto da busca de uma resposta mais efetiva ao enfrentamento das doenças que emergem os GPS. Eles têm sido adotados na atenção primária como forma de enfrentamento principalmente, de doenças crônico-degenerativas, incentivando o autocuidado e também “o reagir” frente o adoecimento. Por outro lado, os profissionais de saúde que acompanham o grupo são capazes de perceber o olhar do paciente sobre a doença transferindo isso para sua prática tornando-a mais efetiva e particularizada, compreendendo o indivíduo como fruto de um conjunto de interações. Por fim, o grupo também é um espaço social-espço de exercício da cidadania.<sup>4</sup>

Este trabalho tem como objetivo conhecer os significados de ser diabético e pertencer ao grupo de promoção à saúde, em determinado contexto, visando contribuir para produção de conhecimento acerca deste tema.

## **2-OBJETIVOS**

### **2.1. OBJETIVO GERAL:**

- Conhecer o papel do Grupo de Saúde no cotidiano de pacientes portadores de Diabetes Mellitus que participam do Grupo da Saúde da Unidade de Saúde Costeira do Pirajubaé;

### **2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Identificar os significados de ser portador de Diabetes Mellitus nos participantes do Grupo da Saúde da Unidade de Saúde Costeira do Pirajubaé;
- Identificar a trajetória dos participantes até o Grupo da Saúde;
- Identificar os significados do Grupo da Saúde para os seus participantes

### 3- PRESSUPOSTOS DO ESTUDO

Os pressupostos do estudo, na pesquisa qualitativa, constituem indagações a serem verificadas ao longo da investigação. Enfim, como um diálogo que se estabelece entre o olhar do pesquisador e a realidade a ser investigada.

*Os pressupostos são, em suma, afirmações provisórias a respeito de determinado problema em estudo.*<sup>3</sup>

Neste estudo considero os seguintes pressupostos:

- O Diabetes Mellitus é uma doença crônica que determina limitações no cotidiano.
- Na forma atual de assistência à saúde, o indivíduo é visto principalmente pelo prisma da doença e seu saber não é valorizado.
- Os Grupos de Promoção à Saúde (GPS) são uma estratégia de Atenção Integral à Saúde.
- Os GPS valorizam a cultura, as crenças, limitações e possibilidades dos indivíduos.
- Há a possibilidade de formação de rede de vínculos no grupo.
- O GPS pode funcionar também como estímulo ao controle social.
- A pesquisa qualitativa mostra-se como método adequado para conhecer os significados do grupo para seus participantes.

## 4- PERCURSO METODOLÓGICO

*A metodologia inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade e o sopro divino do potencial criativo do investigador.* <sup>3</sup>

Esta pesquisa foi realizada com base nos pressupostos do método qualitativo. Trata-se de um estudo de caso sobre o Grupo da Saúde da Unidade de Saúde Costeira do Pirajubaé. A escolha deste método justificou-se por ser ele aquele que propicia o trabalho com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, significados, crenças e valores.

A fase exploratória deste estudo, já descrita na introdução foi desde a escolha do tema até a elaboração do projeto. Após elaboração do projeto, ele foi submetido ao Comitê de Ética, concomitantemente participava das reuniões do grupo como observadora. Após aprovação do Comitê de Ética, apresentei o projeto ao grupo e sugeri que aqueles que tivessem interesse em participar do trabalho deixassem o nome e o contato para agendarmos o encontro.

Dez participantes mostraram interesse, fiz contato telefônico e os seis primeiros indivíduos contatados foram os escolhidos para fazer parte do trabalho. A amostra, com a inclusão da entrevista piloto, totalizou seis participantes, cinco participavam do grupo e eram portadores de DM. Um dos sujeitos participava do grupo, porém não era portador de DM, era mãe de um portador de DM que não participa do grupo. Os dois participaram do estudo sendo que as perguntas relacionadas aos significados de ser portador de DM foram feitas ao filho (portador de DM) e aquelas relacionadas ao grupo foram feitas à mãe (freqüentadora do grupo). Na escolha dos sujeitos e do tamanho da amostra, levei em consideração as recomendações referentes a estudos de caso em profundidade. Neste modelo de pesquisa a principal preocupação não é com o tamanho da amostra, mas sim

com o aprofundamento do estudo de cada unidade e, geralmente, decide-se intencionalmente o seu tamanho.

Os dados foram coletados através de entrevista semi-estruturada. A entrevista pode ser definida como um processo de interação social entre duas pessoas, no caso, o entrevistador e entrevistado. Existem várias formas de se realizar a entrevista; entre elas, a da entrevista semi-estruturada. Esta parte de certos questionamentos básicos (que não devem ultrapassar cinco questões), referentes aos objetivos e pressupostos que interessam o estudo, e oferecem oportunidades de surgimento de novos questionamentos, a partir das respostas dos sujeitos investigados.<sup>8</sup>

Como ferramenta auxiliar, instrumentos específicos podem fazer parte da entrevista visando uma maior aproximação com o sujeito e sua realidade. A expressão de significados através de símbolos(simbolização) é um instrumento específico que tem sido empregado na pesquisa qualitativa. Os símbolos utilizados podem ser: objetos, revistas e imagens dentre outros.<sup>9</sup> Foi utilizado, neste trabalho, o recurso de simbolização, através de imagens, para aprofundar uma das questões como explicado adiante.

A entrevista constou da identificação do sujeito e as questões norteadoras foram as seguintes:

- 1- Como você descobriu que estava com DM?
- 2- O que significa para você ser portador de DM?
- 3- Como você chegou ao grupo? Há quanto tempo você está no grupo?
- 4- O que o grupo de saúde significa para você?
- 5- Como você acha que é a vida dos diabéticos que não participam do grupo?

O formulário da entrevista encontra-se no Anexo 1.

A coleta de dados de identificação dos sujeitos foi por escrito, no Formulário (Anexo 1) e as entrevistas foram registradas através de gravação em mini gravador e transcritas em seguida.

#### 4.1- O estudo piloto

O estudo piloto foi realizado com um dos integrantes do grupo. Através do contato telefônico fiz o convite para participação na pesquisa. O convite foi aceito e então foi marcada data, hora e local conforme sua conveniência. O local escolhido pelo entrevistado foi sua residência. Antes de iniciar, expliquei sobre o tema e objetivo do trabalho, afirmei o compromisso ético em publicar somente aquilo que fosse autorizado, entreguei a carta de apresentação (Anexo 2) e solicitei que assinasse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido(Anexo 3). Também pedi autorização para que a entrevista fosse gravada.

O primeiro passo, antes do início da entrevista, foi solicitar que o sujeito escolhesse um apelido, para a garantia da preservação do anonimato. Sugeria que escolhessem nome de animais, objetos ou flores. Iniciei a entrevista, gravando-a conforme já explicado, empreguei a técnica de simbolização através de imagens de revistas como explico a seguir.

Após enunciar a questão: "O que o grupo significa para você?" E registrar a resposta do entrevistado, solicitava que ele a representasse, através da simbolização com quatro figuras de cinco revistas de temas variados: Terra nº125 ano 11, Veja Edição Especial nº20 ano 35, Tudo nº90, Istoé nº1732, Época nº237. Após a escolha solicitava que me explicasse a razão da escolha e esclarecesse o que elas representavam.

No final da entrevista perguntava o que o sujeito tinha achado da entrevista e se tinha algo a acrescentar.

Durante a realização do estudo piloto percebi que a forma de questionamento da primeira pergunta não permitia o aprofundamento e no próprio processo de entrevista reformulei-a. A mudança foi suscitada pela necessidade de aprofundar a questão, permitindo que viesse a tona a experiência vivida, pois no piloto observei que a pergunta ficara muito pontual. Nenhuma outra alteração foi realizada. E esta entrevista foi incluída na amostra após segundo contato com o sujeito.



## 4.2-O trabalho de campo

A partir da reestruturação do processo de entrevista e concomitante análise, iniciei a fase de coleta de dados, nos sujeitos que efetivamente participaram da pesquisa.

Os passos na realização da entrevista seguiram aqueles do piloto, o entrevistado escolhia data, hora e local que lhe eram convenientes para realização da entrevista.

A duração das entrevistas variou de 30 a 90 minutos.

Na aplicação da técnica de simbolização através de imagens de revistas, alguns entrevistados apresentavam inicialmente dificuldade em selecionar as figuras. Mas após a seleção da primeira, o processo parecia ficar mais fácil. E curioso foi que em meio a várias figuras, algumas delas se repetiam: as relacionadas com alimentos (figura de um prato de comida e embalagens de alimentos) e uma figura que mostrava alguns pés (relacionada com o alerta para o cuidado com os pés).

Quando finalizava a entrevista deixava ainda o gravador ligado e perguntava aos participantes o que eles tinham achado do trabalho. Vários relataram a satisfação em participar da pesquisa:

*Legal, eu gosto de participar dessas coisas-sempre é uma coisa nova que a gente está aprendendo. (Rosa).*

*Eu achei boa... A gente conversou. Sempre gosto de estar falando sobre o diabetes por que a gente está sempre falando e não esquece que é uma delas. (Bromélia).*

*Boa. Eu fico muito contente por que entrei nesse grupo e fiquei bem feliz. (Orquídea).*

Difícil é relatar as entrevistas sem colocar as emoções que me foram transmitidas, portanto, resolvo assumir isto e dizer que: cada encontro, cada entrevista foi um processo único, repleto de trocas e aprendizado. Adentrar na realidade de cada indivíduo e escutar suas histórias de vida foi um exercício fascinante. O sentimento de satisfação foi uma constante após cada entrevista. Sem dúvida todo esse processo contribuiu para o meu crescimento pessoal e profissional.

### 4.3-A análise dos dados

A análise em pesquisa qualitativa é constituída pelo olhar atento do pesquisador para os dados coletados, com a finalidade de compreensão, confirmando ou não os pressupostos da pesquisa e /ou respostas às questões formuladas, ampliando, desta forma, o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando ao contexto cultural ao qual faz parte.<sup>8</sup>

A delimitação dos dados a serem coletados, demarcava, inicialmente, as seguintes categorias:

**A- Categorias relativas à identificação dos sujeitos:** Nome, idade, estado civil, profissão.

**B- Categorias relacionadas à DM:** Como descobriu a doença, Significados da doença.

**C- Categorias relacionadas ao Grupo:** Trajetória até o grupo, Significados do grupo

O processo de análise de dados iniciou-se a partir do primeiro sujeito entrevistado no piloto. Após transcrever entrevista, grifava as palavras-chaves(estruturas de relevância) e buscava categorias. A palavra categoria se refere a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si. O conjunto de categorias dever ser estabelecido a partir de princípio único de classificação permitindo a inclusão de qualquer reposta numa das categorias do conjunto e estas devem ser mutuamente exclusivas.<sup>3</sup> À medida que novas entrevistas eram transcritas o mesmo processo era realizado e novas categorias surgiam, algumas (já existentes) se ampliavam e outras se fundiam, num exercício de construção e reconstrução. Do piloto emergiram as seguintes categorias:

- **Processo Descoberta da doença**  
-Alterações fisiológicas e/ou físicas
- **Significados de ser portador de DM**  
-Doença acarretando mudanças nos hábitos
- **Chegada ao grupo**  
-Descoberta do grupo através do Posto de Saúde
- **Significados do grupo**

- Grupo como fonte de aprendizado
- Grupo como espaço de socialização e formação de vínculos
- Grupo como forma de atenção integral à saúde

E ao final do processo de categorização do conteúdo das entrevistas chegamos nas seguintes categorias:

- **Processo de descoberta da doença:**
  - ❖ Alterações físicas e/ou fisiológicas gerando alterações nos hábitos ou atitudes cotidianas
  - ❖ Achado casual
- **Impacto emocional-reação frente ao diagnóstico de DM**
- **Significados de ser portador de DM:**
  - ❖ Indiferença relativa frente à doença
  - ❖ DM como algo que acarretou algumas mudanças no dia-dia
- **Trajetória até grupo:**
  - ❖ Descoberta do grupo através do Posto de Saúde:
    - Convite feito na comunidade
    - Convite feito no espaço do Posto de Saúde
- **Significados do grupo:**
  - ❖ Grupo como fonte de aprendizado
    - *Aprendizado geral:*
      - ❑ Troca de experiências entre participantes do grupo
      - ❑ Estímulo à cidadania
        - Estímulo ao Controle social
    - *Aprendizado específico:*
      - ❑ Saberes relativos à DM: alimentação, uso de medicação e cuidados preventivos.
  - ❖ Grupo como oportunidade de socialização
  - ❖ Grupo como oportunidade para formação de vínculos
  - ❖ Grupo proporcionando entrosamento com equipe de saúde

- ❖ Grupo como possibilidade de Atenção Integral à Saúde
- ❖ Grupo como liberdade

Após escrever o trabalho retornei para apresentá-lo aos participantes da pesquisa. A reunião aconteceu no Posto de Saúde Costeira do Pirajubaé com os entrevistados, eu e a coordenadora do grupo. Apresentei o trabalho e paralelamente discutíamos os resultados, estes foram validados e nenhuma alteração na redação do texto foi sugerida. A discussão permitiu que os participantes fizessem uma reflexão sobre o grupo, surgiram novas possibilidades e idéias para serem levadas para a reunião do grupo como, por exemplo: construção de horto nos fundos do posto, caminhada mais freqüentes com o grupo e outros passeios. Também resgataram as motivações para freqüentar o grupo. Na despedida, falei que os convidaria para a apresentação do trabalho e agradei pelo carinho e receptividade com que fui acolhida.

## **5- SER DIABÉTICO E PERTENCER AO GRUPO DA SAÚDE: A PERCEPÇÃO DOS ENTREVISTADOS**

Neste capítulo, são apresentados os indivíduos que fizeram parte deste estudo. Posteriormente estão descritos os depoimentos dos entrevistados sobre o processo de adoecimento e significados do grupo.

Foram seis os participantes do estudo, cinco participam do grupo, sendo que um deles não é portador de Diabetes, porém possui filho portador que não frequenta o grupo.

**ROSA** tem quarenta e oito anos é casada e tem dois filhos. Sempre trabalhou em casa nas atividades domésticas. É portadora de DM tipo 1, há dezoito anos, e passou a frequentar o grupo, há 3 anos.

**TULIPA** tem sessenta e sete anos é casada e tem cinco filhos. Cuida das atividades domésticas. É portadora de DM tipo 2, há quinze anos, e frequenta o grupo desde sua segunda reunião, há 4 anos, é uma das fundadoras do grupo.

**ORQUÍDEA** tem sessenta e dois anos, é casada e tem quatro filhos. Cuida das atividades domésticas. É portadora de DM tipo 2, há vinte anos, e frequenta o grupo há mais ou menos três anos e meio.

**TITA** tem sessenta e seis anos, é separada e tem quatro filhos. Cuida das atividades domésticas. É portadora de DM tipo 2, há vinte nove anos, frequenta o grupo há quatro anos e também foi uma das fundadoras do grupo.

**BROMÉLIA** tem quarenta e três anos, é casada, tem dois filhos. É mãe de JUNIOR que é portador de DM tipo 1, há seis anos. Cuida das atividades domésticas e frequenta o grupo há três anos.

**JUNIOR** tem quinze anos, estudante-filho de BROMELIA. É portador de DM há seis anos, ele não frequenta o grupo.

### 5.1- Conhecendo e convivendo com a condição de ser diabético

A arte de viver  
*É simplesmente conviver...*  
*Simplesmente, disse eu?*  
*Mas como é difícil!*<sup>10</sup>

O processo de descoberta da doença, para muitos dos entrevistados, ocorreu quando perceberam alterações fisiológicas e/ou físicas que muitas vezes geraram limitações ou alterações nas atividades e atitudes cotidianas. Ou ainda, como no caso de Bromélia, a descoberta se deu pela observação de que algo diferente estava acontecendo com o filho. Conforme ilustrado em seus depoimentos:

*Foi quando emagreci, comecei a tomar muita água e fazer muito xixi, eu tinha nove anos. (Junior)*

*Eu logo desconfiei, aí eu disse em casa: este menino está diabético. Meu marido disse: Isto é por que ele está nadando, subindo morro-estávamos de férias na praia-uma vida diferente da qual temos aqui, que ele fica mais em casa vendo televisão e quase não sai. Daí eu disse para o meu marido e minha irmã: Esse menino está diabético. Eu já tinha dois casos na família. Meu marido disse: Não é nada-você pensa em coisa ruim-eu desconfiei já sabia os sinais de alerta, vivia no Posto por causa da mãe. Aí em fevereiro a gente voltou para casa, ele começou a fazer xixi na cama com nove anos de idade e eu disse: isso não é normal-lá eu nunca tinha notado, ele chegou e colocou a cueca no cesto pela manhã e depois de umas 2 horas eu fui pegar para lavar e estava cheia de formiga. (Bromélia).*

*...Comecei com uma sede, me dava uma secura na garganta e uma coceira na vagina, quanto mais coçava mais vontade tinha de coçar, chegava a esfolar, sair sangue. Eu me levantava de madrugada, tomava duas jarras de água. Aí uma*

*Vizinha minha disse assim: - Vai ao médico faz exame pode ser alguma coisa que está aparecendo em ti. Foi ruim por que, quando eu descobri atacou*

*minha vista-fiquei ruim da vista. Não podia caminhar-tinha fraqueza nas pernas. Não podia nem pegar uma colher meu marido fazia tudo para mim. (Rosa)*

*Eu descobri quando perdi a visão quase toda. Fui levar meu guri para o colégio, daí não enxergava ninguém só via o vulto-eu não conhecia a pessoa por que a vista já estava bem embaralhada. E muita sede. Eu estava perdendo a visão. Eu gosto sempre de fazer meus remendos, um dia fui colocar a linha na agulha e não dava... Mas não é possível! (exclamação). Como é que perdi tão de repente a vista? E aí eu comecei com uma sede uma sede que não podia passar na frente da torneira, tomava tanta água... Aí eu mesmo procurei meu médico ginecologista. E foi assim que começou eu descobri por que perdi a visão. (Orquídea).*

Para alguns, no entanto, a doença foi um achado casual:

*Eu nunca senti nada com esse negócio do Diabetes – aí minha irmã em São Paulo ligou para mim e disse que ela foi ao médico e que ela estava com diabetes-então, disse para mim que eu fizesse um regime, parasse de engordar que eu podia ficar também.Então, foi quando eu fui ao posto e pedi o exame e vieram meus exames estava já também com diabetes. Isso já faz uns 15 anos-já tem tempo. E não senti nada(Tulipa).*

*Faz 29 anos – fui no médico e ele pediu o exame e deu-não sentia nada. (Tita)*

Quanto aos significados de ser diabético ou ter um filho com diagnóstico de DM, as reações foram diversas.Desde indiferença até a profunda tristeza sentida. Alguns mencionaram que o diagnóstico de DM não influencia em nada:

*....Não senti nada – por que vou ficar preocupada com isso aí?(Tita)*

Tulipa encara o dia-dia com restrições próprias da doença, porém, não se considera doente:

*Eu pensei que era uma doença muito grave. Ai a médica falou que eu fazendo meu regime, não comendo isso, não comendo aquilo, me explicando o que podia comer. Para mim não significa nada por que eu sou uma pessoa assim – normal.***(Tulipa)**

Outros, como Junior e Rosa, perceberam a doença como algo que acarretou pouca mudança no seu dia-dia e também nos hábitos:

*Não faz diferença, eu não noto. A única diferença é que quando eu vou sair ao meio dia tenho que levar a insulina. Não é nada!***(Junior)**

*Não muda nada. Eu logo me acostumei com a idéia que tinha diabetes. Tinha que evitar fazer certas coisas-se eu tenho que sair eu saio. Algumas coisas eu tive que deixar de comer, o chocolate... A minha rotina é a mesma-se tiver que caminhar eu caminho. Não deixei de fazer as coisas por causa do diabetes-deixei é lógico de comer algumas coisas-não é tudo que a gente pode comer, mas deixar de fazer meus exercícios, minhas atividades não...***(Rosa)**

Alguns, ao serem cientificados do diagnóstico, sofreram grande impacto emocional.Orquídea referiu ter encarado a situação com grande tristeza:

*O diabetes é uma coisa horrível. A diabetes é uma doença muito silenciosa.Tem dias que a gente não se acha de fazer nada da uma coisa tão ruim na gente, um mal estar-que a gente quer ficar deitada. Só que a doença é muito triste é uma doença que não é uma dor, mas é uma coisa ruim que dá na gente. Quando eu soube que estava com diabetes o meu mundo desabou. Que coisa triste! Eu fiquei muito triste. Quase que entrei em depressão.***(Orquídea)**

O DM veio para alguns como uma possibilidade.Como se observa no depoimento de Bromélia, que vivenciou o adoecimento do filho:



*O Diabetes para ele foi uma troca – ele era obeso aí ele com o diabetes perdeu 13kg.. Essa troca ajudou muito ele por que ele não conseguia emagrecer antes. Ele era obeso. Nunca tinha colocado uma calça jeans, não servia nele... E de uma hora para outra ele afinou e ficou de um jeito que ele gostou. (Bromélia)*

## **5.2- Conhecendo e convivendo com o grupo da saúde**

O conhecimento sobre a existência do grupo para maioria dos entrevistados ocorreu no Posto de Saúde. Os depoimentos abaixo ilustram os diferentes processos até a chegada ao grupo:

*Lá no posto perguntaram se eu não queria freqüentar, aí eu falei que queria. Então o primeiro dia eu perdi-foi lá na associação de moradores eu não sabia onde era, aí no outro mês eu já fui antes-a reunião foi no grupo escolar. No terceiro mês daí arrumaram o salão da igreja que esta lá até hoje. (Tulipa)*

*O grupo eu conheci lá no Posto mesmo. Já faz uns três anos. Estava no posto e me convidaram, assisti a reunião e gostei. Desde lá sempre vou ao grupo. Eu gosto.” (Tita)*

*Eu estava um dia no Postinho e vi chegar umas senhoras, e a enfermeira junto e conversando, conversando... Fiquei atenta na conversa delas e elas lá conversando. Fiquei sabendo que elas eram do grupo e tinham acabado de chegar daí me informei com a enfermeira e comecei a participar... Eu já há uns três anos no grupo-eu não gosto de faltar... (Rosa)*

*Eu soube do grupo quando comecei a pegar insulina no Posto. Tu sabes que tem um grupo de Diabéticos na Costeira? Achava tão bom pegar medicação no Posto e o grupo além de aprender, fortificava o grupo, -por que eu acho isso importante, ter doze ou treze lá na hora da reunião. Fazem mais ou menos três anos que freqüento o grupo, faço tudo para não faltar. (Bromélia)*

Orquídea já freqüentava um Grupo de Diabéticos na Policlínica do Centro-antigo Instituto Nacional da Previdência Social (INPS)- e soube da existência do grupo da Costeira e, por ser este mais perto, passou a freqüentá-lo:

*Logo que começou eu fui ao grupo. Eu ia lá no INPS-toda última 5ª feira do mês eu ia lá e minha filha me acompanhava. Depois apareceu aqui, então eu disse: -eu vou aqui é mais perto. Aí vim para cá. Para eu faltar só por uma coisa muito grave para faltar à reunião. Às vezes eu vou quase dormindo por que tem dias que eu tenho uma soneira. Eu não me lembro quem convidou, mas acho que foi a enfermeira.(Orquídea)*

Quanto aos significados que o grupo tem para os entrevistados, todos mencionaram o grupo como fonte de aprendizado. Esse aprendizado vai desde questões específicas como a alimentação, uso de medicamentos e chás e cuidados preventivos, até questões gerais como o controle social.

Orquídea refere que só foi aprender a comer e tomar medicação corretamente depois que começou a freqüentar o grupo e citou também o alerta constante do grupo para o cuidado com os pés:

*E a minha sorte foi essa reunião das diabéticas-por que ali que eu fui aprender a comer direito como era para comer. Por que eu andava caindo, andava com tremor e mal-estar e comia e comia... Eu queria comer toda vida. Às vezes eu ia me deitar para eu não comer mais nada, por que estava sempre comendo e sempre fraca e caindo. Aí comecei a ir ao grupo e começaram a ensinar, o que a gente come-devemos comer mais vezes e pouco. E foram ensinando e por isso eu estou tanto tempo no grupo.E aprende como comer bem, como tomar os remédios-a gente às vezes toma tudo misturado. É muito bom esse grupo. Têm a palestra – as pessoas que vão falar para nós sobre o diabetes.A gente fala muito sobre os pés, os pés da gente incomodam! Para isso que tem esses grupos, para ensinar tudo para gente. Se a gente tem algum problema-já fala para elas e elas explicam para gente. (Orquídea)*

Alguns mencionaram que, no grupo, o aprendizado é constante e o fluxo de informações é intenso:

*Por que se tu estas em casa fica sem fazer nada, lá estou conversando e aprendendo. Eu já tenho diabetes ha 17 anos, cada reunião é uma coisa diferente que aprendo, que eu não sei. (Rosa)*

*E a gente quando pensa que sabe não sabe muito por que cada um que chega diz uma coisa diferente e a gente está sempre aprendendo. O grupo é muito bom por que a gente sempre está aprendendo coisas novas. Cada vez que a gente vai ao grupo a gente esta aprendendo-as refeições, os remédios que pode usar, os chás principalmente e de vez em quando elas levam também na universidade para ver as plantas medicinais-até trouxe umas mudas!...Os pés-me lembram muito as nossas conversas sobre os pés dos diabéticos, os cuidados que tem que ter com os pés... Nossos chás, como a gente fala de chá! Uma diz: Toma chá de jambolão, toma chá de carambola... Cada uma leva um nome de chá para tomar, chegam a levar até chá pronto. (Tulipa)*

*A informação que eu quero pergunto ali, às vezes até o pessoal que está ali não está bem pronto, tem pergunta que às vezes até... Mas sempre tem alguém que vai procurar a resposta então em outra hora vem, numa conversa vem, normalmente a resposta está ali, mas tem coisas que o pessoal que está ali não esta acostumada com a situação que a gente coloca. Cinco anos de diabetes imagina só o que aconteceu. (Bromélia)*

Além do aprendizado, foi ressaltada a importância do grupo como oportunidade de socialização e formação de vínculos:

*Para mim, significa bastante coisa por que eu peguei amizade, além de aprender muitas coisas. Peguei amizade com o pessoal, aquilo ali para gente... Troca de idéia conversa me sinto com o astral lá em cima. Sinto o grupo um conjunto de famílias por que ali já esta tão familiar-às vezes chega um diferente e*

*logo se entrosa ali. Consigo novas amizades, um passa paz para outro-uma dá uma idéia à outra da outra... Aquilo para mim é uma coisa diferente não é como estar em casa conversando com seu marido e sua filha. É assunto diferente, novidade, um ri-é uma família diferente. Estamos todos juntos, fazemos brincadeira, um ri com o outro, dançamos...É o nosso movimento... É a frase que a gente usa Vamos se movimentar... Vamos se exercitar... Vamos se mexer. (Rosa).*

*E a gente aprende, uma fala uma coisa, outra fala outra e a gente vai aprendendo. Com elas mesmas (outras integrantes do grupo) a gente aprende muita coisa. A gente faz muita amizade... É muito bom. O nosso lanche tem que ser tudo bem magro-tudo light – elas já levam até a receita. Toda reunião tem lanche, às vezes ela pede para a gente levar fruta, às vezes não precisa levar. Tem chá, tem café, tem refrigerante diet, rosca, torrada e às vezes fazem bolo diet e gelatina.(Orquídea)*

*E a gente vê que os problemas das pessoas são muito parecidos com os nossos, tu vê os hipertensos agora junto, tudo a mesma coisa, tem que ter controle de dieta tem que caminhar, cuidar... Na hora que estamos ali nós somos únicos, nós somos nós ali, a gente se interessa pelo que o outro está passando: o problema do outro. Escutamos tanto desabafo. Tem hora que aquilo ali precisa. Às vezes é tudo conversa que foge, mas o desabafo faz parte da vida da doença e da saúde, então às vezes um começa a conversar sobre o problema com o filho, aquilo ali é como se eu estivesse na minha casa e os meus irmãos desabafando comigo... Ou então meus vizinhos, ali naquela hora o grupo é a minha família. Estou com eles representa minha família naquela hora é como um fosse minha irmã, minha tia... Estou na minha família do grupo e até esqueço um pouco dos problemas daqui (casa). Quando encontro eles na rua eu gosto, encontrei agora mesmo uma delas na reunião dos pais-já é uma pessoa que não é um estranho. Não ela é do Grupo, a gente já sentou junto, já conversou. É um grupo muito bom! A gente está unida, feliz enquanto a gente esta lá, a gente ri. A gente procura criar uma harmonia fazer que seja um lugar gostoso, que isso é a preocupação de quem faz o grupo, tentar fazer um ambiente bom para que a gente goste de ir, a gente vê que essa é uma preocupação de quem faz o grupo, a gente vê o trabalho que tem em levar um*

*lanche e estar lá – tentam fazer que o grupo se sinta bem em estar naquele momento junto.*(**Bromélia**)

O grupo proporciona também, segundo Bromélia, entrosamento com a equipe de saúde e faz com que o atendimento no Centro de Saúde seja mais personalizado:

*... Minha vida é muito mais fácil depois que eu entrei no grupo, eu conheço o pessoal do posto – no posto eles quando olham o pessoal do grupo, olham diferente por que eles sabem que nós estamos interessados, que a gente está ali por que quer o melhor, não é só pegar remédio e dar na hora certa, junto com aquilo tem acompanhamento de dieta, acompanhamento de informação, tudo o que a gente pode fazer para melhorar a gente esta fazendo* (**Bromélia**).

Outro aspecto citado foi a diferença da abordagem dos profissionais do grupo quando comparada ao atendimento individual pelo médico:

*Por que eu vou ao médico, faço meus exames e ele diz: “não pode fazer isso e não pode fazer aquilo”. Eu já sei o que não posso fazer, o que posso e o que não posso. No grupo cada um tem uma idéia diferente.*(**Rosa**)

*O tempo que tu não tens no teu consultório para ouvir desabafo ali (no grupo), tem pessoas que estão dispostas a escutar. Ali tu podes contar e até achar uma solução, coisas que o médico não tem o tempo dele ali no grupo é hora de falar.*(**Bromélia**)

Bromélia elucida ainda a maior conscientização do exercício da cidadania que passou a ter com o grupo:

*Com o grupo é mais fácil por que tu tens o conhecimento, tu tens como cobrar, eles te explicam... Não tem consulta... Liga para a Secretaria de Saúde, cobra. Não chegou a fita... Liga para Secretaria. Eles dão o meio para a gente.*(**Bromélia**)

E, finalmente, para Rosa o significado do grupo também é o de liberdade:

*O grupo é uma liberdade, por que não saio de casa, então pelo menos o encontro ali é um momento de liberdade, de me libertar (**Rosa**).*

## **6- REFLETINDO SOBRE O CONCEITO SAÚDE- DOENÇA E O GRUPO COMO POSSIBILIDADE DE PROMOÇÃO À SAÚDE**

Um dos questionamentos que surgiu no decorrer deste estudo foi: “Mas afinal o que é a doença?” Para Gilberto Freire, estar doente é mais do que uma condição médica.<sup>11</sup> A diversidade de significados apontados pelos entrevistados sobre o que a doença representa, desencadeou reflexões sobre as diferentes concepções de “saúde” e “doença”.

O conceito de Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), diz que saúde é o completo bem estar, físico, mental e social, e não somente ausência de doença. Para Da Ros (2000, p.8)<sup>12</sup> as críticas a esse conceito são feitas em maior número em relação ao primeiro enunciado-o completo bem estar. Para ele, não existem dúvidas na discussão teórica atual no que diz respeito a ser a saúde algo com dimensão física, mental e social. E é justamente por essa abrangência de definição que se constata que saúde diz respeito, no mínimo, a áreas tão distintas em termos de conhecimento, como a biologia(físico), a psicologia(mental), e a sociologia(social), simultaneamente.

Mario Testa (1997)<sup>13</sup> afirma que saúde é um objeto complexo e indefinido e que o objeto de trabalho da medicina é o corpo que trabalha, que ama, que luta dando um tratamento poético para reafirmar o conceito de saúde como dependente do físico, do mental e do social.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde declarou saúde como sendo:

*Resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato. Defini-se no contexto histórico*

*de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, deve ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.*

A complexidade do processo saúde e doença pode ser observada ao longo das concepções dos diferentes autores. Para Mario Testa a *saúde é um conceito indefinido*, já na declaração da 8ª Conferência Nacional de Saúde, *a saúde não é um conceito abstrato*.

Aurélio Buarque de Holanda, gramático, que se propõe a estudar o significado das palavras, conceitua saúde e doença como:

*Saúde é estado do indivíduo cujas funções orgânicas, físicas e mentais se acham em situação normal; estado do que é sadio ou são.*

*Doença é a falta ou perturbação da saúde; moléstia, mal, enfermidade.* <sup>14</sup>

O antropólogo Laplatine apud Gomes et al (2002)<sup>15</sup> chama atenção para o fato de a língua francesa dispor de um vocábulo para designar a doença-*maladie*-enquanto na língua inglesa há três expressões: “*disease* (doença tal como ela é aprendida pelo conhecimento médico), *illness* (a doença é experimentada pelo doente) e *sickness*, (um estado muito menos grave e mais incerto que o precedente... de maneira mais geral, o mal-estar)”.

O autor destaca também que a expressão *illness* pode ser entendida por dois pontos de vista clássicos: doença-sujeito e doença-sociedade, refletindo, respectivamente, a experiência subjetiva do doente e comportamentos sócio-culturais ligados à doença. Para integrar as noções de doença-objeto (*disease*), doença-sujeito (um ponto de vista de *illness*) e doença-sociedade (outro ponto de vista de *illness*), ele propõe que se avance no debate de *sickness*, uma vez que essa terminologia pode articular, ao mesmo tempo, “as condições sociais, históricas e culturais de elaboração das representações do doente e das representações do médico e isso qualquer que seja a sociedade considerada”.

Helman (1996)<sup>16</sup>, antropólogo, define a doença na forma de *disease* e *illness*:

*Disease é a visão médica, científica do problema de saúde, como ensinada na maioria das escolas médicas. Sua ênfase maior recai sobre os aspectos físicos do problema de saúde. Percebe apenas como real aquelas anormalidades que podem*



*ser identificadas objetivamente. É considerada entidade com propriedades específicas e com identidade recorrente, isto é, a afecção será a mesma em qualquer contexto social ou cultural em que apareça. Esta concepção de doença exclui significados que as pessoas podem dar à sua própria doença. Já Illness, segundo este autor, são os significados que os pacientes, bem como suas famílias e comunidades, dão a certos episódios em que sentem um mal-estar seja ele físico ou psicológico. É a resposta subjetiva, do paciente e daqueles que o rodeiam, ao não se sentir bem. É também a maneira pela qual o paciente e sua família percebem a origem e o significado deste evento, como ele afeta seu comportamento e o seu relacionamento com outras pessoas, e os passos que ele dá no sentido de remediar a situação. Portanto, isto inclui, além da experiência de sentir-se mal, adoentado, também os significados que ele atribui a esta experiência. A experiência de illness é moldada por fatores sociais culturais e econômicos. Assim, as entidades de illness construídas por diferentes família comunidades, culturas e classes sociais variam muito-mesmo dentro da mesma cidade ou região.*

A construção dos conceitos de saúde e doença também depende do contexto social no qual o indivíduo está inserido, Ferreira (1994)<sup>17</sup> considera que o médico deve estar articulado com essa visão do social, pois sua atuação se dá a partir de significados “sintomas” elaborados dentro desse contexto:

*A noção de saúde e doença é também uma construção social, pois o indivíduo é doente segundo a classificação de sua sociedade e de acordo com critérios e modalidades que ela fixa. Isto implica que o saber médico também está intimamente articulado com o social, uma vez que ele constrói um diagnóstico tomando como ponto de partida as sensações desagradáveis descritas pelos indivíduos, ao que chamamos de sintomas, e através de aspecto constatados objetivamente pelo médico, o que é chamado sinal.*

O componente histórico é ainda fundamental para a compreensão do significado da doença. Uma mesma doença pode ter diferentes conotações ao longo da história humana, conforme ilustra Kloetzel (1998)<sup>18</sup>, médico sanitário:

*Há doenças que abrem um fosso entre o paciente e o resto do mundo. Então, em vez de apenas uma realidade biológica, como tal merecedora de toda consideração, torna-se motivo de horror e repulsa. Na Idade Média, por exemplo, os leprosos eram julgados e condenados por um Tribunal da Igreja, na tristemente famosa cerimônia do Separatio leprosarum, que culminava com ritual reservado aos mortos: sis mortuus mundo. Ao que consta, mesmo na China de nossos dias, as doenças mentais são consideradas vergonhosas, um estigma que se estende a toda família. Quando encarado segundo um prisma essencialmente biomédico, tais fatos seriam absurdos, no entanto eles se tornam compreendidos aos lhes agregarmos uma dimensão psicológica e social. Mas também pode ocorrer o inverso, tal como aconteceu com a tuberculose, a doença dos artistas, dos poetas que, cem anos atrás, conferia ao sofredor uma certa grandeza romântica. Doença não representa apenas uma atribuição do patologista ou clínico, um sofrimento a mais para o paciente, ela é também subproduto da sociedade, espelho de seus hábitos, suas crenças e culturas.*

Segundo Alves e Rabelo (1999)<sup>19</sup>, a experiência da enfermidade é entendida como a forma pela qual os indivíduos situam-se perante ou assumem a situação de doença, conferindo-lhe significados e desenvolvendo modos rotineiros de lidar com a situação e as respostas aos problemas criados pela doença constituem-se socialmente e remetem diretamente a um mundo compartilhado de práticas, crenças e valores.

Ao resgataremos as diversas definições do que é saúde e doença pudemos observar que o foco dado às dimensões específicas (antropológica, biológica, social e histórica) está na dependência do olhar de quem as define.

Assim a experiência e significados de uma doença para o indivíduo irão depender do valor que ele atribui a esta, que é singular e construído com base nos fatores sociais, culturais e psicológicos.

Muitos estudos destacam que as representações que os indivíduos possuem a respeito da doença estão diretamente relacionadas com os usos sociais do corpo em seu estado normal. Assim, qualquer alteração na qualidade de vida como, por exemplo, quando o

indivíduo não consegue trabalhar, comer, dormir ou realizar qualquer outra atividade que esta habitualmente acostumado, implica em estar doente.<sup>17</sup>

Confrontando o que discutimos anteriormente sobre conceito saúde-doença para diferentes autores com aquele dos indivíduos entrevistados observamos que não há uma resposta padrão para o que é a doença: o estar doente é uma leitura individual.

E ter saúde não implica na ausência de doença. Saúde é a capacidade, a atitude de lidar, autonomamente, com as injunções da vida e sua complexidade. Não é a ausência de danos, mas a força de viver com eles e integrá-los e de crescer com eles.<sup>2</sup>

A atitude das pessoas em relação à sua saúde decorre de um conjunto complexo de elementos de decisão, valores, representações, padrões culturais, práticas individuais, familiares e de classe social. Além disso, utilizam diferentes sistemas de cura, integrados em sua cultura e em sua realidade material de vida.<sup>20</sup>

Enfim, são diferentes significados, construção individual de uma mesma doença que repercute na forma com que o indivíduo vai enfrentá-la. Por isso precisamos permitir que o indivíduo seja como ele é, traga sua vivência, para podermos compreender esse ser humano que se quer conhecer e com quem se quer interagir.<sup>21</sup>

Gomes et al(2002)<sup>15</sup> propõe:

*Fazer uma releitura da descrição que os sujeitos fazem, em suas narrativas, sobre a sua posição em face da doença, em específico, e do mundo em geral e com base nessa descrição, fazer inferências para se articular o experienciado e o expectado da doença presente no cotidiano dos sujeitos. Partindo das inferências, interpretar os sentidos subjacentes ao que os sujeitos representam e vivenciam, a fim de se chegar à compreensão das regras constitutivas das particularidades inerentes à doença, do ponto de vista das práticas sociais quotidianas. Na medida em que avançemos mais nessa direção poderemos trazer subsídios para que as políticas e ações em saúde possam contemplar mais os sujeitos para os quais estas se direcionam.*

Segundo Zimermann (1997)<sup>6</sup>:

*O ser humano é gregário por natureza e somente existe, ou subsiste em função de seus inter-relacionamentos grupais. Sempre, desde o nascimento, o indivíduo participa de diferentes grupos, numa constante dialética entre a busca de sua identidade individual e a necessidade de uma identidade grupal e social.*

Por ser a DM uma doença crônica, que exige adaptações e mudanças, surge neste cenário o grupo como uma possibilidade. O grupo com pessoas portadoras da mesma doença, como uma forma de construir uma rede de vínculos que facilite o enfrentamento e convivência com essa nova situação.

O primeiro relato do grupo com finalidade terapêutica é de 1905, Pratt um tisiologista americano, em uma enfermaria com mais de 50 pacientes tuberculosos, ministrava aulas, sobre higiene e os problemas da tuberculose. Esse trabalho, embora realizado de forma rígida e à base de doutrinações, foi uma das fontes que permitiu o crescimento da psicoterapia grupal.<sup>6</sup>

Sabe-se que cada vez mais se trabalha com grupos, sob enfoque e técnicas diversas com pacientes acometidos por várias situações de doença ou não, como por exemplo, os grupos de gestantes, adolescentes, portadores de HIV, doentes de AIDS e outros.

Um grupo não é um mero somatório de indivíduos; pelo contrário, ele se constitui como nova entidade com leis e mecanismos próprios e específicos. Todos os integrantes do grupo estão reunidos face a face, em torno de uma tarefa e de um objetivo comuns ao interesse deles. É uma entidade que se comporta como uma totalidade, e vice-versa, de modo que tão importante quanto o fato dele se organizar a serviço de seus membros, é também a recíproca disso. Apesar de um grupo se constituir como uma nova entidade, com identidade grupal própria e genuína, é também indispensável que fiquem claramente preservadas separadamente as identidades específicas de cada um dos indivíduos componentes do grupo. É inerente à conceituação de grupo a existência entre seus membros de alguma forma de interação afetiva, a qual costuma assumir as mais variadas e múltiplas formas.<sup>6</sup>

Podemos classificar os grupos conforme as finalidades que este se destina, partindo de uma divisão genérica nos dois seguintes grandes ramos: operativos e psicoterápicos. Esses dois ainda se subdividem em outras ramificações. Os operativos podem ser ensino-aprendizagem, institucionais, comunitários e terapêuticos.<sup>6</sup>

O conceito introduzido por Santos (2002)<sup>7</sup> de Grupos de Promoção à Saúde amplia o conceito de grupo terapêutico proposto por Zimerman, Osório e colaboradores.

A Promoção à Saúde é assumida pela Organização Mundial da Saúde desde 1986, na ocasião da 1ª Conferência Mundial de Saúde, como um processo de capacitação da comunidade para melhorar suas condições de vida e saúde. Mais recentemente, Buss(2000)<sup>22</sup> refere que a Promoção à Saúde implica em atividades voltadas tanto para grupos sociais como para indivíduos através de políticas públicas abrangentes(em relação ao ambiente físico, social e político, econômico e cultural) e do esforço comunitário na busca de melhores condições de saúde.

Na unidade grupal as ações de promoção à saúde ocorrem de forma multidimensional, prevenindo, curando, recuperando e promovendo concomitantemente, sujeitos em interação cooperativa. Na promoção grupal de saúde, os participantes têm suas funções potencializadas na medida em que são permitidos espaços integradores de vivências e informações. Saberes e ciências das áreas biológicas, humanas e outras poderão ser compartilhados numa dinâmica grupal.<sup>7</sup>

Com o surgimento no cenário nacional do Programa de Saúde da Família (PSF) a prática grupal na Atenção Primária à Saúde vêm sendo estimulada e os Grupos de Promoção à Saúde (GPS) vêm ganhando mais espaço. O PSF relaciona os grupos a uma nova prática em saúde, requerendo novos campos de conhecimentos, desenvolvimento de habilidades e mudanças de atitudes. A estratégia de utilização destes grupos em atenção primária à saúde alcança a Promoção da Saúde Coletiva na medida em que o paciente é inserido ao grupo como sujeito ativo capaz de interferir nas situações de sua saúde-doença e dos demais participantes.<sup>7</sup>

A unidade de Saúde da Família, no PSF, é concebida como porta de entrada do sistema local de saúde: o contato imediato da população com a Atenção Primária de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). E foi através desta “Porta” que a maioria dos entrevistados

chegou ao grupo-abordados pelos agentes de saúde ou profissionais do posto. E a interação grupo-Unidade de Saúde parece ser cíclica, pois segundo Bromélia depois que passou a freqüentar o grupo ficou mais familiarizada com o Posto:

*Minha vida é muito mais fácil depois que eu entrei no grupo, eu conheço o pessoal do posto – no posto eles quando olham o pessoal do grupo, olham diferente por que eles sabem que nós estamos interessados, que a gente está ali pro que quer o melhor. (Bromélia).*

A convivência com uma doença crônica quase sempre exige mudanças no estilo de vida e o uso de medicação. Adaptações e mudanças nem sempre fáceis de serem feitas. O diálogo isolado de cada indivíduo com o profissional de saúde não se enriquece com as idéias e situações de outras pessoas que vivem o mesmo problema. O grupo nessa situação pode ser um apoio. O grupo funciona também como fonte de aprendizado como mencionado pelos participantes da pesquisa. Este se refere a questões da alimentação, medicações, chás, autocuidado e acontece num fluxo constante-principalmente através da troca de informações entre os participantes.

O grupo é uma rede interpessoal onde as informações circulam livremente e os participantes se ajudam mutuamente.<sup>23</sup>

Por ser um espaço informal, que permite a aproximação entre as pessoas, a atividade grupal favorece a valorização dos aspectos relativos à cultura, às crenças e aos valores dos indivíduos facilitando a avaliação dos fatores envolvidos com seu adoecimento. O aprendizado se dá não pela passagem vertical de informações e sim pela troca entre os participantes e construção coletiva e os saberes populares são valorizados.<sup>4</sup>

O grupo abre espaço para que os participantes tragam seus saberes. Tulipa em sua fala cita o chá e o uso das plantas como um dos assuntos do grupo:

*O grupo é muito bom por que a gente sempre está aprendendo coisas novas. Cada vez que a gente vai ao grupo a gente está aprendendo as refeições, os remédios que pode usar, os chás principalmente e de vez em quando elas levam também na universidade para ver as plantas medicinais-até trouxe umas*

*mudas!...Os pés me lembram muito as nossas conversas sobre os pés dos diabéticos, os cuidados que tem que ter com os pés... Nossos chás, como a gente fala de chá! Uma diz: Toma chá de jambolão, toma chá de carambola... Cada uma leva um nome de chá para tomar, chegam a levar até chá pronto.(Orquídea)*

O fato dos pacientes terem o mesmo tipo de patologia, sofrerem por problemas semelhantes, enfrentarem as mesmas vicissitudes e necessidades, contribui para criar um forte nível de coesão e solidariedade mútua entre os mesmos. Logo que ingressam no grupo, os pacientes sentem enorme alívio, pois percebem que os outros também têm o mesmo tipo de fantasias, passam pelos mesmos desânimos, em suma, têm problemas que eles pensavam que só ocorriam com eles.<sup>24</sup> Essa identificação com os outros companheiros do grupo, a possibilidade de escutar e ser escutado e de tecer uma rede de vínculos para lidar com a complexidade das possibilidades e limitações das situações do cotidiano formam significações do grupo mencionadas pelos participantes.

Muitos serviços de assistência à saúde dissociam a saúde física da mental, sendo priorizado o atendimento ao indivíduo quando ele apresenta um problema “físico”. Sua assistência, geralmente, é pontual e ocorre sem manter com ele um relacionamento mais personalizado em que este participe, não propiciando condições para que fatores de ordem emocional, intimamente relacionados aos agravos físicos possam ser também trabalhados.

Põe-se em evidência a estratégia dos grupos, como complemento ao atendimento individual, que tende a ser reducionista e também à fragmentação do saber na atenção à saúde seja individual ou grupal. Os grupos desempenham ações de Promoção à Saúde de forma multidimensional, catalisando as compreensões e vivências dos indivíduos, propiciando o resgate da atuação destes como sujeitos ativos do seu processo de vida, pois a dinâmica de adoecimento e cura nos integrantes dos grupos não é construída de maneira alienada, puramente biológica e passiva. É necessário apropriar-se de experiência, superando mecanismos sociais de dominação na relação profissional de saúde-paciente.<sup>7</sup>

O grupo também foi referido como importante catalisador do exercício da cidadania. Permite ao homem, através do requisito da solidariedade grupal, o processo de superação física e psicológica de um nível individual para o grupal e deste para outro mais amplo, o

social. O usuário e também o profissional de saúde tem no espaço grupal a oportunidade de desenvolvimento da sua cidadania e da consciência do direito à saúde e, ao seu tratamento como algo de responsabilidade e conquista não apenas individual, mas de construção social e política.<sup>7</sup>

*O trabalho comunitário abre, para as ciências da saúde e para as ciências do homem, horizontes que vão além do simples objetivo de combater as doenças dos indivíduos, tarefa a qual deverão acrescer a sua preocupação com a própria identidade da pessoa humana na busca do grau mais elevado de saúde física, mental e social para si e para sociedade em que vive. (Busnello, 1989, p.319).<sup>23</sup>*

Assim, pudemos perceber a diversidade das visões sobre o processo saúde e doença e também as diversas possibilidades que se abrem através do trabalho grupal.

A seguir tecemos as considerações finais.



## **7-CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O percurso metodológico utilizado, com base na pesquisa qualitativa, mostrou-se adequado para analisar o significado do grupo e do ser diabético. A entrevista semi-estruturada em aprofundamento, utilizando o recurso de simbolização propiciou aproximação com a realidade do entrevistado criando espaço de aprendizado para o pesquisador. Permitiu também a vivência da realidade na qual os participantes da pesquisa estão inseridos. No decorrer de todo processo da pesquisa fui envolvida pela riqueza das possibilidades da pesquisa qualitativa: trocas, interação com os participantes da pesquisa e a constante construção do trabalho. Espero que o trabalho amplie e divulgue a pesquisa qualitativa como possibilidade nas Ciências da Saúde, validando sua cientificidade e credibilidade, sendo estímulo para aqueles que almejam explorar sua riqueza.

Considero por meio deste método ter alcançado o objetivo desta pesquisa e a partir dos significados do grupo para seus participantes considero que o Grupo da Saúde realiza Promoção à Saúde.

Os pressupostos levantados no início da pesquisa se validaram, com exceção daquele que afirmava que o DM é uma doença crônica que determina limitações no cotidiano. Alguns entrevistados, mesmo possuindo DM, consideram-se normais permitindo compreender que o conceito de saúde não é sinônimo da ausência de doença. Observamos que o conceito de Saúde e Doença dos entrevistados é singular e sua construção está na dependência do contexto histórico, social, antropológico e psicológico no qual estes se inserem.

Aprendizado, troca de experiências, socialização, formação de vínculos, atenção integral à saúde, estímulo à cidadania e integração com o Posto de Saúde foram estes os significados do Grupo da Saúde na vida de seus participantes.

Através dos depoimentos constatamos que o espaço grupal permite que o indivíduo traga a sua vivência, crenças e cultura propiciando trocas entre participantes e profissionais e possibilitando que o indivíduo seja abordado de forma multidimensional, assim o foco

deixa de ser somente a doença e passa ser o indivíduo na sua integralidade, extrapolando a forma convencional de assistência à saúde.

Porém, muito temos a avançar para que essa atividade se consolide. As dinâmicas grupais são freqüentemente coordenadas, sem a utilização de recursos técnicos e teóricos indispensáveis, levando ao desenvolvimento de procedimentos alicerçados principalmente na intuição e experiência pessoal dos coordenadores. Entretanto, esses recursos de entendimento e condução dos fenômenos das dinâmicas grupais estão disponibilizados na literatura.<sup>7</sup>

Os GPS são hoje uma realidade na Atenção Primária à Saúde (APS), porém, ao mesmo tempo em que há um incremento destes, nem sempre os responsáveis pela formação e/ou capacitação preparam os profissionais de saúde para este trabalho. A formação dos profissionais de saúde tem muito a prosseguir para contribuir com a manutenção e aperfeiçoamento da estratégia dos grupos. Ampliar o campo de conhecimento na área, disseminar as experiências são alguns passos para consolidação dessa estratégia na APS.

Propomos como caminho a capacitação tanto dos profissionais de saúde que já trabalham com grupos como também dos estudantes de graduação, abordando temas como: Educação Popular em Saúde, Pedagogia, Teorias Grupais e outros. Esperamos que os projetos de mudança nos currículos dos cursos da área da saúde contemplem também a capacitação dos estudantes para o trabalho em grupo e com grupos. E também explore a pesquisa qualitativa não só como método científico, mas como ferramenta para uma melhor compreensão da realidade em que o ser humano está inserido, aperfeiçoando a empatia e tornando a prática do profissional de saúde mais livre de preconceitos.

Esta pesquisa foi uma pequena contribuição para produção de conhecimento sobre Grupos de Promoção à Saúde, há ainda um vasto campo de saberes a ser explorado, novos trabalhos e experiências a serem empreendidos a fim de ampliar o conhecimento sobre o trabalho com grupos.

Por fim espero que esse trabalho contribua não só para a difusão do trabalho grupal como ferramenta para promoção à saúde, mas também estimule a busca de novas formas de atenção em prol do ser humano.

## 8- REFÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Pessoa, F. **Obra poética**.Rio de Janeiro.Editora Aguilar, 1969.
- 2- Boff, L. **O despertar da águia: o dia-bólico e o sim-bólico na construção da realidade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.
- 3- Deslandes S.F. **Pesquisa social, método e criatividade**.Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.
- 4-Fajardo C.C.R. **Grupo Conviver Saúde: a experiência de uma médica generalista no desenvolvimento e implementação de uma atividade de grupo**.Rio de Janeiro, 2001.[Monografia-Universidade Estadual do Rio de Janeiro]
- 5- Teixeira, L., Machado A.C., **Diabetes Mellitus novos critérios de classificação e diagnóstico**.In Vilar L.et cols (orgs). Endocrinologia Clínica.Rio de Janeiro. Ed Medsi, 1999.
- 6- Zimmerman D. E, Osório L.C e colaboradores. **Como Trabalhamos em grupos**. Porto Alegre. Editora Artmed, 1997.
- 7- Santos, L.M. **Grupos de Promoção à Saúde no Programa Distrito Docente Assistencial em Florianópolis: A ação dos coordenadores e o setting grupal**.Florianópolis, 2002.[Dissertação Mestrado em Saúde Pública Universidade Federal de Santa Catarina]
- 8- Haguete, T.M.F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 6ª edição. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.
- 9-Grosseman, S. **Satisfação com o trabalho: Do desejo à realidade de ser médico**.UFSC, 2001.[Tese de Doutorado em Engenharia de Produção]
- 10-Quintana M. **Nova Antologia Poética**.Rio de Janeiro. Editora Globo, 1985.
- 11-Freyre, G. **Sociologia**. 2. ed. aum. e atual. Rio de Janeiro: J. Olympio, 1957.

12- Ros, M.A.D. **Estilos de Pensamento em Saúde Pública: um estudo da produção FSP-USP e ENSP-Fiocruz entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia de Ludwick Fleck.** Florianópolis, 2000.[Tese de Doutorado em Educação e Ciência UFSC]

13- Testa, M. **Saber em Salud- La construcción del conocimiento-** Buenos Aires. Lugar Editorial, 1997.

14- Aurélio, F.B.H. **Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa.**São Paulo. Editora Nova Fronteira, 1995.

15- Gomes R. Mendonça E. A, Pontes M.L. **As representações sociais e a experiência da doença.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro.P-1207-1214,2002.

16- Helman.C.G. **Antropologia Médica e Atenção Primária à Saúde.**In: Medicina Ambulatorial: Condutas Clínicas em Atenção Primária-2ª edição. Porto Alegre. Editora Artmed, 1996.

17- Ferreira J. **O corpo sóico. Saúde e Doença um olhar antropológico.** Rio de Janeiro: Fiocruz, p101-112,1994.

18- Kloetzel.K.**Medicina Ambulatorial: princípios básicos.** São Paulo. Editora EPU, 1999.

19- Alves, P.C. & Rabelo, M.C. **Significação e metáforas na experiência da enfermidade.** In: Experiência da doença e narrativa pp 171-185.Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

20- Gama, L.A. **Educação Popular em Saúde-Reflexões sobre os conceitos e a prática do estudante de Medicina da UFSC.** Florianópolis, 2003.[Trabalho de Conclusão de Curso]

21- Cardoso, A. H. R. F. **O mundo do trabalho e o tratamento nutricional de portadores de Diabetes Mellitus: criando o cotidiano em busca da convivência saudável.** Florianópolis, 2002.[Dissertação Mestrado - Universidade Federal de Santa Catarina]

22- Buss, P.M. **Promoção da Saúde e qualidade de vida.** Rio de Janeiro. Ciência e Saúde Coletiva, v5, n1, p163-177,2000.

23-Busnello, E.D.A. **Grupos comunitários.** In: Osório L.C et al. Como Trabalhamos em grupo. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

24- Mello, J.F.et al. **Grupo e Corpo: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos**. Porto Alegre. Editora Artes Médicas, 2000.

# **NORMAS ADOTADAS**

Normatização para os trabalhos científicos de conclusão de Curso de Graduação em Medicina. Resolução nº 001/01 do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, 4ª edição. Florianópolis, 2001.